

Asylbarnen med uppgivenhetssymtom:

Politisering försenar medicinsk förankring och skapar medicinsk »vårdnadstvist«

Många läkare hävdar att »de apatiska asylbarnen« mår bäst av att vårdas i hemmet och blir försämrade på sjukhus. Påståendena är emellertid inte belagda, och några dokumenterade resultat av hemvården har inte redovisats. Politiseringen, och därmed förseningen av den medicinska struktureringen av problemet med asylbarn med svåra funktionsbortfall, har inverkat menligt på såväl myndigheternas handläggning, vården av barnen som kunskapsutvecklingen.



GÖRAN BODEGÅRD

med dr, överläkare, barn- och ungdomspsykiatri i Stockholms län, BUP-mottagningen Skärholmen; forskare vid institutionen för kvinnors och barns hälsa, Karolinska institutet, Stockholm goran.bodegard@sl.se

II Ett stort antal barn från traumatiserade familjer som flytt från forna Jugoslavien och f d sovjetrepubliker i Centralasien har under asylperioden i Sverige utvecklat funktionsbortfall som inte förklaras av somatisk sjukdom [1-3]. Barnen har mycket varierande grad av s k uppgivenhetssymtom och har följaktligen mycket olika behov av vård.

Är detta ett reaktivt beteende som utvecklas unikt i den svenska asylprocessen och sjukvården [4]? Är det en särskild stressreaktion till följd av svår traumatisering och förhållanden som omöjliggör bearbetning under asylperioden och en variant av »pervasivt refusal syndrome« [5-7]?

Barnen benämns oftast »de apatiska barnen« men beteckningen är inte adekvat för de sjukaste, där »depressiv devitalisering« är mer korrekt beskrivande [1, 8]. De svårast sjuka tycks ha passerat en brytpunkt där det psykopatologiska tillståndet övergått i en somatisering och blivit en livshotande sjukdom [1, 5, 8].

Rekommendationer i november

Regeringen riktade fokus på de asylpolitiska aspekterna genom att hänskjuta ärendet till UD/migrationsministern. Två samtidiga statliga utredningar av samma ämne är inte accepterbart, så först sommaren 2005 gavs Socialstyrelsen uppdraget att förankra situationen genom att på sedvanligt sätt utarbeta medicinska riktlinjer för detta nya ohälsotillstånd. Det skedde när regeringens na-

tionella översyn identifierat drygt 400 fall, och de omfattande hälsoaspekterna därmed tydliggjordes [3]. Socialstyrelsen väntas komma med rekommendationer i november 2005.

Brist på diagnoskriterier

Avsaknaden av fastslagna diagnoskriterier omöjliggör en saklig medicinsk debatt och jämförelser av olika behandlingsmetoder. Situationen öppnar för att de många intressenterna kring dessa barn kan hävda åsikter som baserar sig väsentligen i de egna, inbördes mycket olika kliniska erfarenheterna (ibland totalt avsaknad!).

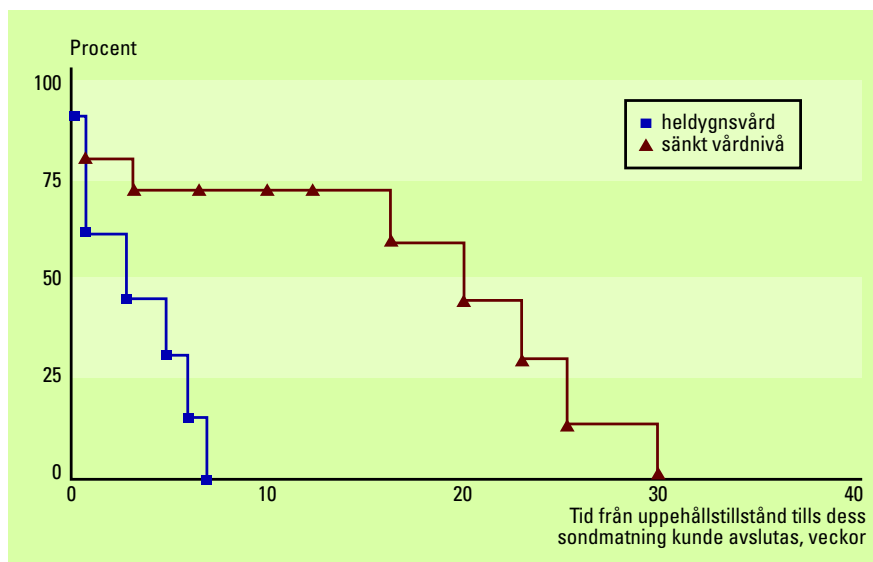
Anekdotiska – säkerligen i sig sanningsenliga – uppgifter kan inte refere-

ras till mer strukturerad kunskap; rapporter om barn som rest sig när uppehållstillstånd kommit eller när de utvisats, som är uppe om nätterna när vårdpersonal ej ser dem, att hållpunkter finns att föräldrar drogat sina barn etc får förvirrande effekter på debatten.

I regeringens rapport klassificeras barnen med hänsyn till symtomens allvar, men man har där inte beaktat (känner inte till?) sådant som svåra ångestattacker, mycket låg belastningströskel och somatiska utsläckningssymtom [5, 8]. Man utelämnar också traumaaspekten och har inte underbyggda data rörande vårdinnehåll och vårdresultat. Studien bygger på en enkät och inte på observationer; den är inte vetenskapligt granskad före publiceringen.

Vård på sjukhus eller i hemmet?

Det hävdas av många läkare att »de apatiska asylbarnen« mår bäst av att vårdas i hemmet, och att de blir försämrade på sjukhus [4, 9]. Dessa påståenden är inte belagda, och dokumenterade resultat av hemvården har inte redovisats, alltså inte heller redovisningar av differentierad vård till olika sjuka barn. Inget talar emot att hemvård är lämpligast vid lätta-



Figur 1. I Eugenia-materialet (2002–2005) har 18 barn med allvarliga uppgivenhetssymtom måst sonmatas. Fyrkant: sex barn som vårdats med haldygnsvård så länge det bedömts nödvändigt; tiden mellan uppehållstillstånd till dess sonmatningen kunde avslutas var som längst 7 veckor. Triangel: elva barn som vårdades på lägre vårdnivå på grund av resursinskränkningar. Sonmatningen har inte kunnat avslutas för tre av dessa – för de andra har det som längst varit 30 veckor mellan uppehållstillstånd och »sond ut« (Time-to-event analysis Kaplan Meier).

re fall där heller inte någon omsorgssvikt föreligger hos föräldrarna. Rapporter i massmedierna talar för att sådan behandling emellertid är helt otillräcklig för de sjukaste barnen.

Rekommendationen om denna vård baseras inte i bedömning av barnens vårdbehov i relation till tillståndets allvar (oavsett hur det uppstått!) och föräldrarnas sviktande omsorgsförmåga. Den bygger på en asylpolitisk vårdideologi som motiverar en attityd försvarbar i förebyggande behandling, men som inte är självklart medicinskt och etiskt acceptabel när ett mycket svårt sjukdomstillstånd etablerats.

Det torde vara unikt i svensk medicin att sjuka barn med synnerligen varierande vårdbehov behandlas på ett och samma sätt utan att detta är belagt som vare sig effektivt eller ens riskfritt.

Negativ inverkan

Erfarenheter från barnavdelningen Eugenia, BUP-divisionen i Stockholms län, talar för att såväl långsam handläggning av asylärendet hos myndigheterna som låg vårdnivå har mycket negativ inverkan på sjukdomsförloppet hos de svårast sjuka (Figur 1).

Man vågar hävda att politiseringen, och därmed förseningen av den medicinska struktureringen av problemet med asylbarn med svåra funktionsbortfall, har menligt påverkat myndighetshandläggningen, vården av barnen och kunskapsutvecklingen i vårdetablissemang.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Referenser

1. Bodegård G. Asylsökande flyktningbarn utvecklar livshotande funktionsbortfall. *Läkartidningen* 2004; 101:1696-9.
2. Tunström A. Barn som gett upp. Stockholm: Stockholms läns sjukvårdsområde, flyktingenheten, BUP; 2004.
3. Statens Offentliga Utredningar. Asylsökande barn med uppgivenhetssymtom – kunskapsöversikt och kartläggning. Stockholm: Utrikesdepartementet, 2005. Rapport 2005:2 från den nationella samordnaren för barn i asylprocessen med uppgivenhetssymtom.
4. Pelling H. Öppen barnpsykiatrisk vård. Vad talar för denna linje? Anförande vid seminarium anordnat av Svenska barnläkarföreningen i samarbete med barnhälsovården. Akademiska sjukhuset, 31 mars 2005.
5. Bodegård G. Pervasive loss of function in asylum seeking children: another expression of pervasive refusal syndrome. *Clin Child Psychology Psychiatry* 2005;10:337-50.
6. Lask B. Pervasive refusal syndrome. *Adv Psychiatry Treat* 2004;10:153-9.
7. Lyngå von Falasch L. Pervasive refusal syndrome amongst asylum-seeking children. Köpenhamn: Osval II. The Panum Institute, University of Copenhagen; 2005. p. 1-31.
8. Bodegård G. Barn med svåra uppgivenhetssymtom – apatiska barn med depressiv devitalisering. *Psykisk Hälsa* 2005;(3):28-39.
9. Lundqvist S. Vad är det vi har skrivit som är så förfärligt? *Läkartidningen* 2005;102:1831-2.